Lane Medical Lib

EIN FALL VON
MYXO NEUROM
DES NERVUS ISCHIADICUS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFUEGTEN THESEN

MIT

ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

DER

UNIVERSITAET GREIFSWALD

AM 11. AUGUST 1874.

OEFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

W. HUB. HOLZSCHNEIDER

AUS DER RHEINPROVINZ.

OPPONENTEN:

JOS. DRESSEN, DR. MED.
DRD. **KLINGHOLZ**, PRACT. ARZT.
WILH. SCHMITZ, CAND. MED.

GREIFSWALD.

DRUCK VON FR. HACHE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0378

SEINEN

THEUREN ELTERN

IN

LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Es mag wohl kaum ein Gebiet der medicinischen Wissenschaften geben, in dem so viele Varietäten vorkommen, als in der Geschichte der Geschwülste. Unsere jüngste Zeit hat sich desshalb sowohl angelegen sein lassen, mit dem grössten Eifer, in dem Bewusstsein der hohen Aufgabe, das Wesen und Sein der Geschwülste zu erforschen, als es auch unsere alten Forscher, wenngleich mit geringeren Instrumentarium gethan haben. Indessen ist in der Wissenschaft der Geschwülste, trotz der bahnbrechenden Forschungen und Theorien Virchow's ebenso so wenig eine Einigkeit oder, wenn ich sagen darf, Vollendung und Fertigstellung erzielt worden, als in allen andern Wissenschaften. Es dürfte desshalb wenigstens nicht unangezeigt erscheinen, von Zeit zu Zeit mit der Beschreibung von anffallenden Geschwulst-Phänomenen an's Tageslicht zu treten. — Abgesehen von der Grösse und Form der Tumoren, von ihrem guten oder bösen Character. von ihrem Sitz ihrer Prädilectionsstelle und Mannigfaltigkeit sind sie in Bezug auf die (Dauer der) Zeit ihrer Entstehung und Entwickelung von dem grössten Interesse. So hatte ich in der chirurg. Klinik des Herrn Prof. Dr. Hueter in Greifswald (wo in der letzten Zeit die verschiedensten Geschwulstbildungen in auffallender Menge präsentirt und behandelt wurden) Gelegenheit einen

Tumor zu sehen und zu beobachten, der in Bezug auf seine Grösse, auf die Zeitdauer seiner Entwickelung und die günstigsten, körperlichen und geistigen Verhälltnisse des Patienten, in hohem Grade die Aufmerksamkeit der medicinischen Welt erregte. Es war eine Geschwulstbildung auf dem Nerv. ischiadicus am rechten Oberschenkel, die sich innerhalb des Zeitraumes von 26 Jahren zu einer eminenten Grösse entwickelt, und vom Kranken, trotz ihrer Malignität, ohne weitere Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, als Schmerzhaftigkeit bei der Berührung der kranKhaften Stelle und zeitweiliges Reissen in der qu. Extremität getragen wurde.

Bei der Schilderung dieses interessanten Krankheitsbildes, werde ich genau einestheils an dem klinisch-operativen Heil-Verfahren, anderntheils an dem pathologisch-anatomischen Befunde, meine Richtschnur suchen.

W. V . . . . . f, Schneidermeister aus Demmin, wurde im Jahre 1848, in seinem 24. Lebensjahre als Reservist im 10. Regimente eingezogen, machte die Strapazen der Mobilmachung mit, die nach Aussage des V. so bedeutend gewesen sein sollen, dass bei angestrengten Märschen und grosser Tageshitze die halbe Compagnie todt oder krank umfiel. An dem Abende eines solch schweren Marschtages will V. beim Recognosciren im Dunkeln in eine auf einem Bauernhofe befindliche Dunggrube gefallen sein, und erinnert er sich in derselben eine ganze Zeit hülflos, ermattet und stark abgekühlt, gelegen zu haben und zwar auf der rechten Körperseite. Er klagte bereits den andern Tag nach diesem unglücklichen Begebnisse über reissende Schmerzen in der ganzen rechten untern

Extremität, die ziehend von oben nach unten verliefen. Seine Meldung zum Revierkranken blieb unberücksichtigt, er wurde für einen Simulanten gehalten und bekam höchstens von Zeit zu Zeit etwas einzureiben; ja selbst nach 2 Monaten ungefähr, wo die Schmerzen im rechten Beine bedeutender wurden, und Patient im Verlauf des nerv. ischiad. (an dem spätern Sitz des Tumors) einen erbsendicken Knoten durchfühlen konnte, wurde er nicht entlassen, sondern musste fortwährend angestrengten Dienst verrichten, bis sich der Knoten innerhalb 6 Monaten zur Grösse einer Wallnuss entwickelte. Ueberhaupt war das Wachsthum des Tumors ein sehr langsames; so kam es, dass Pat. im Jahre 1849 wieder zum Militairdienst eingezogen, und da die Geschwulst damals höchstens die Grösse eines Zweithalerstücks erreicht, nicht für dienstuntauglich, sondern wie auch im Jahre vorher für einen Simulanten gehalten und aus dem Lazareth gewiesen wurde. Auf sein dringendes Bitten indessen fand er 10 Wochen später in einem Berliner Lazareth Aufnahme und wurde lange Zeit mit Emplastrum Cantharidum behandelt, welches zwar grosse, eiternde Flächen schuf, (noch jetzt sieht man die narbigen Stellen auf dem Fussrücken und in der Gegend des Fussgelenks), aber der Schmerzhaftigkeit und Grösse des Tumors keinen Abbruch that, damals schon war bei der Berührung die Sensibilität sehr gesteigert; die Motilität nach angestrengten Märschen nur in Form von Zuckungen und Krämpfen in den Waden gestört. Im Jahre darauf (1850) war die Geschwulst hühnereigross. Von dieser Zeit an bis jetzt ist die Krankengeschichte auf eine stetige, langsame und fast gleich-

mässige Zunahme der Geschwulst beschränkt, und die Schmerzhaftigkeit bei der zunehmenden Spannung der Fascien und andern nachher aus dem Befunde leicht sich resultirenden Gründen, bei der geringsten Berührung, sei's der Beinkleider bei'm Gehn, oder bei zufälligem Stosse und Drucke im Bette, bedeutend gesteigert. Desshalb suchte Pat. Hülfe und Befreiung von jener unliebsamen Last und fand sie in der hiesigen chirurg. Klinik.

Weniger von anamnestischer Bedeutung, als für die Glaubwürdigkeit der genauen Schilderung des Patienten sprechend, dürfte dessen Angabe sein, dass er zuerst den Schmerz an der betreffenden Stelle beim beständigen Anschlagen der Patrontasche gefühlt, und er noch vor der Knötchenbildung zur Abhaltung des Schmerzes bei etwaigen Bewegungen jedesmal die Patrontasche quasi habe lüften müssen. Sonderbar ist's, dass gerade an dieser Stelle (damals trug man noch die Patrontaschen an der rechten Seite) sich später die Geschwulst entwickelte.

Der Patient V. wurde den 6. Juli 1872 hierselbst vorgestellt. Er war ein Mann von mittlerer Grösse, mässig stark entwickelter Muskulatur, gesunder Gesichtsfarbe; klagte über gar keine weiteren Beschwerden am ganzen Körper, als die Symptome der qu. Geschwulst. Die Auscultation und Percussion der Brustorgane ergab keine Anomalien. An dem rechten Oberschenkel, an der hintern Fläche desselben, einerseits zwischen m. semitendinosus und m. semimembranosus, andererseits zwischen Cap. long. m. bicipitis u. Vastus ext. liegt eine grosse Geschwulst, von elliptischer Gestalt und der Dicke

eines Mannskopfes; und zwar erstreckt sie sich fast vom Tuber ischi. bis zur Kniekehle, in ihrer Richtung dem Verlauf des nerv. ischiad. entsprechend. Das Längenmaas beträgt von Anfang des Tumors, in der Gegend des tub. isch. über die Höhe bis zur Foss. poplit. 39½ Ctm; dass seitliche Maass von den genauesten, inneren und äusseren Begrenzungen, ebenfalls über den höchsten Punkt hinweg 42 Ctm. Bei der leisesten Berührung des Tumors wurde ein unerträglicher Schmerz hervorgerufen, so dass die Palpation auf der Höhe der Geschwulst unmöglich wär und nur am Rande derselben vorgenommen werden konnte; daselbst fühlte sie sich drüsig, schwielig hart, nicht fluctuirend an; sie war wenig verschiebbar, nur an der Basis beim Gehen etwas nach beiden Seiten sich neigend.

Von dem untern Drittel des Unterschenkels an ist deutliche Temperaturabnahme zu constatiren, die gegen die Zehen hin immer mehr zunimmt; dies wird vom Pat. auch als ein lästiges Symptom angegeben, welches er durch Wärme, Reiben und Kratzen und dergleichen zu heben sucht.

Die Motilität der ganzen Extremität ist vollständig, (im Knie- und Fussgelenk, wie schon angedeutet) erhalten, ebenfalls die der Zehen. Das Gehen ist nur durch die Angst vor Reibung und die Schwere der Geschwulst etwas behindert. Der Schritt frei und fest.

Beim Punctiren mit der Nadel ist oberhalb des malleolus internus und nach innen eine mindestens 1 Rthlr. grosse Stelle ohne Gefühl, dieselbe läuft zur mittleren Partie der Dorsalfläche des Fusses aus und ist die Ge-

fühllosigkeit hauptsächlich wieder im Gebiete der zweiten, dritten und vierten Zehe ausgesprochen; vermindert ist das Gefühl an der ganzen Dorsalfläche des Fusses. Auf der Plantarfläche sind ebenfalls die mittleren Zehen am meisten schmerzlos. Kratzen und Kitzeln des Plattfusses ist ohne jegliche Reaction von Seiten des Patienten. An einzelnen Stellen, wo die Sensibilität der Haut herabgesetzt ist, erkennt man altes Narbengewebe; (nach Aussage des V. von Cantharidenpflaster herrührend). In den letzten Jahren will Patient sehr viele Schmerzen in der Rücken und Bauchgegend gehabt haben, die sich manchmal so steigerten, dass subcutane Injectionen von Morph. nöthig wurden.

Von Zeit zu Zeit traten noch intermittirende Schmerzen auf von der Geschwulst abwärts bis zu den Zehen. Bei Fehltritten empfand Pat. heftige nach oben bis zum Tumor ziehende Schmerzen, die stets mit Wadenkrämpfen verbunden und abwechselnd im Plattfusse oder an der Dorsalfläche bedeutender waren.

Den Schmerz erkennt der ziemlich intelligente Kranke als Stich der Nadel; die Schmerzlosigkeit (beim Punctiren) an den betreffenden Stellen als ein Auftupfen mit dem Nadelkopf. An diesen Stellen ist also beim Patienten der Drucksinn erhalten und nicht mehr das Schmerzgefühl.

Ein auffallender Unterschied in der Ernährung beider Extremitäten (der unteren) ist nicht wahrzunehmen.

Aus diesen Störungen in der sensitiven Sphäre, aus der grossen Schmerzhaftigkeit des Tumors, aus der langen Dauer der Entstehung, der Lagerung entsprechend dem Verlaufe des nerv. ischiadicus wurde die Diagnose auf

ein Myro-Neurom des nerv. ichiadicus gestellt Der Character eines Myxo-Neuroms wurde von Herrn Prof. Dr. Hüter mit Bestimmtheit in Uebereinstimmung mit einem analogen, von demselben früher*) beobachteten Falle erkannt; zwar die ausserordentliche Grösse in unserem speciellen Falle als eine seltnere Erscheinung hingestellt. Auch wurde bei Abfassung der Diagnose als ziemlich wahrscheinlich angenommen, dass einzelne Nervenfasern sich vom Stamme abgezweigt und durch die Geschwulst verbreitet hätten; (wie es in dem erwähnten Falle**) ebenfalls von Prof. Dr. Hüter nachgewiesen, und als ein wichtiges Symtom für den neuromatösen Character der Geschwulst berücksichtigt wurde.) Die Annahme, dass wir es vielleicht mit einem Lipom zu thun hätten, dürfte wohl wegen der grossen Schmerzhaftigkeit und der festen Consistenz unseres Tumors keinen Boden gewinnen, ebenfails konnte wegen der Schmerzhaftigkeit ein Fibrom ausgeschlossen werden, und ein Sarcom oder Carcinom konnte es wohl wegen der langen Dauer der Entwickelung nicht sein.

Ich verdanke dem Herrn Prof. Dr. Grohe die Kenntnissnahme von einem ähnlichen bösartigen Tumor, von einem Sarcome, welches ebenfalls eine grosse Reihe von Jahren, ohne weitere Allgemeinstörungen getragen wurde. Das Präparat befindet sich in der hiesigen pathologischen Sammlung, ist noch grösser als qu. Geschwulst und wurde von einer Frau, wie eine grosse

*) cf. v. Langenbeck's Archiv. Chirurg. anatom. Mittheilungen von Prof. Dr. C. Hüter.

**) cf. ebendaselbst.

Handtasche am Arme getragen; erstreckte sich über Ober- und Unterarm.

Die Prognose konnte von vornherein nicht ganz günstig gestellt werden, da es höchst wahrscheinlich war, dass der nerv. ischiad. nicht geschont, sondern durchschnitten werden müsste, und als Folge seiner Continuitäts-Trennung einer Lähmung der betreffenden Extremität angesehen werden musste. Ein solcher Misserfolg konnte indessen bei der grossen Schmerzhaftigkeit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zu jeder Beschäftigung nicht in Anbetracht kommen. Auch war vorauszusehen, dass bei dem ferneren Wachsthum der Geschwulst, ebenfalls eine Störung des Nervensystems, der Nerventhäthigkeit, hätte resultiren können. Ausserdem war die Spannung der Haut eine enorm grosse; in Folge dessen die Haut sehr bald nekrotisch absterben, eine Verjauchung des Tumors befürchten lassen und dieser ganze Zustand das Leben des Pat. in hohem Grade gefährden musste. Diese Gefahr war auch noch durch andere Umstände heraufbeschworen, indem bei jeder Neubildung constatirt ist, dass auf die Dauer der Jahre durch Druck der Gewebselemente untereinander eine fettige Degeneration, ein Zerfall überhaupt zu Stande kommt. Es konnte beim therapeutischen Verfahren nur eine blutige Operation und zwar die Exstirpation des Tumors indicirt sein. Die Operation wurde den 9. Juli 1874 in der hiesigen chirurgischen Klinik von Herrn Prof. Dr. Hüter in der Chloroformnarkose vorgenommen. Bei der Einleitung der Narkose war Patient sehr unruhig und aufgeregt, suchte ängstlich die

Geschwulst mit der Hand zu schützen, zog das kranke Bein an u. s. w. Die Blutung ist voraussichtlich der anatomischen Lage des Tumors wegen sehr gering. Die Freilegung des Tumors konnte, da wegen der Grösse desselben der Längsschnitt nicht genügen könnte, den T-Schnitt erforderlich machen. Es wird jedoch zuerst ein einfacher Längsschnitt gemacht, der sich auch im Verlaufe der Operation als genügend ausweist. Die Geschwulst quillt beim Einschneiden von selbst heraus; vorn verläuft über den ganzen Tumor hinweg ein Hautnerv, der nerv. cutan. fem. postic., derselbe konnte nicht erhalten, sondern musste durchschnitten werden; ferner grade über eine grosse Vene, welche umstochen wird; es zeigt sich der musc. semitend. angelagert, er wird mit dem Bindegewebe abgetrennt; über den ganzen Tumor besonders dessen obern Fläche verlaufen einzelne bis centimeterdicke Venenstämme mit zahlreicher Verästelung; am untern Drittel der Geschwulst wird der nerv. ischiadicus durchschnitten, es erfolgt keine Blutung. Ehe weiter fortgefahren, wird um einige grössere Gefässe, welche in den Tumor eintreten, eine Ligatur angelegt; oben wird der nerv. ischiad. wieder durchschnitten, darauf eine neue Massenligatur entsprechend einer zweiten, in den Tumor eintretenden Gruppe von Gefässen angelegt; die Nervenenden werden mit Carbolwatte bedeckt, um sie zu betäuben und auch gleichzeitig zur sofortigen Desinfection der Wunde. Der Tumor völlig losgetrennt kugelte nach unten heraus. Einige kleine Stückchen der Muskeln sind mitgenommen; (in diesen zeigen sich nach der Operation noch eine ganze Zeitlang beim Darüberstreichen

mit der Hand Contractionen); später zeigte sich oben die Streifung des musc. quadrat fem., die art. glut. infer. in ihrer Verästelung (3—4 Ligaturen) wurde unterbunden und alsdann die grosse, klaffende Wunde wiederholt mit einer 2—3 %tigen Carbollösung errigirt Einige Suturen werden gleichsam nur als Verbandmittel angelegt und benutzt um die breiten Wundflächen mehr zusammen zu halten. In die Wunde selbst werden 2 Drainage-Röhren gesenkt um sowohl den Abfluss als die Reinigung der Wunde zu ermöglichen. Es ist noch ein grosser Hautvorhang restirt Dank der exacten Blutstillung von Seiten des Operateurs, da die Gefässe meist schon vor der Durchschneidung unterbunden wurden, hat der Kranke sehr wenig Blut verloren; geblutet haben eigentlich nur die Aestchen der art. glut. infer. unterhalb des m. quadratus fem. Der Verband bestand in Auflegung eines grossen Carbollappens, auf welchen trockne Watte gelegt wurde. Den ganzen Verband vollendete eine mit einer wollenen Flanellbinde angelegte spica. asc. Dem Kranken wurden sofort nach der Operation, (nach welcher er sich ziemlich matt fühlte) zur Hebung der Herzkraft Alkoholica (Madeira) esslöffelweise gereicht.

Die Geschwulst hat eine länglich runde, elliptische Gestalt. Die Oberfläche ist glatt, ganz prall, nicht fluctuirend, Die Farbe ist verschieden. Einzelne Stellen sind roth, andere gelblich, braunroth pigmentirt, oder sehnenfleckig. Die Consistenz ist an einzelnen Stellen weich, während sie an andern knorpelhart ist. An der Oberfläche des Tumors über die vordere Convexität, verlaufen viele, starke Nervenbündel, die in ihrer Continuität

wohl erhalten, aber platt gedrückt und in einem schwieligen Gewebe eingebettet liegen. Die Nerven sind nach der Untersuchung als wohlerhalten befunden worden, aber sich nicht in und durch die Geschwulstmasse verbreitend.

Beim Durchschneiden der Geschwulst der Länge nach, quillt eine Menge von Flüssigkeit heraus, in der viele rundliche bis zehnsilbergroschenstückgrosse und circa ½—1 Ctm. dicke, weisse, gelbliche gallertige Partikel herumschwimmen; sie wiegt 665 Cctg. Die festere Geschwulstmasse hat das Gewicht von 224 Gr. Das Gesammtgewicht betrug demgemäss 889 Gr.

Auf dem Durchschnitt der grössten Längendimension nach, stossen zwei grössere Kindsfaustdicke Hohlräume auf, die mit einer krümlich-käsigen Masse gefüllt sind, und das Ansehen von Fibrin-Niederschlägen haben. Die oben dem Gewichte nach erwähnte Flüssigkeit, die sich ebenfalls in der Geschwulst befand, ist von opaker, chocoladenfarbiger braunrother Färbung, die das Ansehen von vergossenem Blute darbietet. Die Wandungen der Cysten sind ziemlich dick und vollständig glatt, von graurother Farbe; von denselben lässt sich leicht die krümlich-käsige Masse abziehen An manchen Stellen sind ausserdem deutliche Ausbuchtungen wahrzunehmen; ferner eine ganze Menge kleiner Hohlräume, mit festen, glatten, elastischen Wandungen von graurother Farbe, die mit einerblutig tingirten Flüssigkeit gefüllt sind. Das zwischen diesen Cysten liegende eigentliche Geschwulst-Gewebe bietet den Character eines in Zerfall begriffenen (Gewebes) dar; an einzelnen Stellen ist dasselbe weisslich, durchscheinend gelblich, beim Darüberstreichen mit dem

Finger hat man an diesen Stellen deutlich das Gefühl einer serösen Flüssigkeit, (durchaus nicht fadenziehend). In dem Geschwulst-Parenchym findet man eine Masse rother, dick injicirter Blutgefässe.

Die microscopische Untersuchuug des opak rothen, blutigen Cysten-Inhalts ergiebt eine Unsumme von rothen Blutkörperchen in den verschiedensten Formen, sternförmig, geldrollenartig aufgeschichtet u. s. w.; ferner viele aufgeblähte, fettig degenerirte Zellen und feinkörnigen Detritus.

Der krümlich-käsige Inhalt der Hohlräume zeigte unter dem Microskop fettigen Detritus, (in fettige Degeneration übergegangene Zellen); eine grosse Menge von Blutkörperchen und eine Unsumme von Monaden und Fibrionen, die ganze Lager und Colonien bildend, von Zeit zu Zeit das ganze Bild beinahe verdecken. — Das eigentliche Geschwulstgewebe hat eine graue Zeichnung, mit hier und da deulich ausgesprochener weiss-gelblicher Streifung, die als fettige degenerirte Zellenmasse zu betrachten ist; (dieselbe besitzt viele Zellen mit grosskörnigem Protoplasma, und sehr geringe Intercellularsubstanz.)

Wenn ich mich jetzt anschicke den microscopischen Befund des eigentlichen Geschwulstgewebes wiederzugeben, so muss ich mich darauf beschränken, die besten von den Präparaten, welche von mir (in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Kühnemann) in grosser Anzahl aus allen Gewebstheilen der Geschwulst angefertigt worden, kurz zu beschreiben.

Es wurden sowohl Schnitte aus den übrigen Gewebstheilen, als auch insbesondere aus den Septen der

Cystenränder gemacht; sie waren von hyaliner Beschaffenheit, gelblich-grauer Farbe und zeigten unter dem Mikroskope:

Präp. No. 1, links eine homogene grössere Stelle, unterfeinkörnigem Detectus.

Präp. No. 2, an dieser Stelle liegen sternförmige, anastomosirende Bindegewebszellen.

Präp. No. 3, wieder sehr deutliche, anastomosirende Bindegewebszellen.

Präp. No. 4, dasselbe Bild, mit feinstreifiger Zwischensubstanz.

Präp. No. 5, mehr Rundzellen fast ohne Zwischensubstanz,

Präp. No. 6, wieder Rundzellen mit fettig degenerirten Zellen.

Präp. No. 7, spindelförmig, langgezogene, colossalgrosse Zellen, mit einigen sehr kleinen Rundzellen.

Präp. No. 8, colossal zellenreiches Gebilde, theilweise anastomosirend, Spindelzellen, viele Rundzellen ohne wahrnehmbere Intercellularsubstanz.

Präp. No. 9, an anderen Stellen hyaline, homogene Substanz, so dass ein zum Vergleich in Holzessig gelegter Nabelstrang hier seine Repetition gefunden zu haben scheint.

Präp No. 10, gleich neben der hyalinen, sternspindelförmige, anastomosirende, massenhaft junge Zellenbildung.

Präp. No 11, die zellenreicheren Partien trennen

sich dem Scheine nach sehr scharf durch dichte Kapseln von den andern ab.

Präp No. 12, grosse wie Aale langgezogene Spindelzellen mit deutlichen zwei Kernen, daneben wieder unbestimmt rundliche.

Präp. No. 13, an einzelnen Stellen (dem Fibro. sarcom ähnliche) langgezogene Bindegewebsfäden, mit vielen in feine Maschen eingestreuten Zellen.

Präp. No. 14, wieder einzelne Stellen, wo die Intercellularsubstsnz mehr fibrinösen Habitus annimmt. (Präparate unverändert, nur mit Glycerin betupft.)

Präp. No. 15, colossal grosse Spindelzellen, langgezogen, mit deutlich wahrnehmbaren Kernen.

Präp. No. 16—20 zeigen wieder hyalines-homogenes-gelatinöses Gebilde mit einem feinen Netzwerk von sternförmigen, spindelförmigen Zellen.

In unserem Falle tritt in Bezug auf die myxomatöse Natur der Geschwulst vollständig das in den Vordergrund, was Virchow als dafür erforderlich vornherein hinstellt,*) dass der Schleim nämlich Gewebsbestandtheil, nicht das Sekret sei. (Der Inhalt unserer Cysten war nicht fadenziehend, okne Mucin); dass er zweitens zu der Intercellularsubstanz des Gewebes gehört Das an vielen Stellen in starker Anhäufung deutlich auftretende gallertige Schleimgewebe. (ähnlich der Wharton'schen Salze (cf. Präp. No 9 etc. spricht ebenfalls nach Virchow's Bestim-

*) cf. Virchow's Oekologie 1. Band.

mungen sehr für den myxomatösen Character der Geschwulst.

Es kann fernerhin nicht auffällig erscheinen, dass in einem so alten Geschwulstgewebe, wie das vorliegende, sich neben den runden Zellen, in der Intercellularsubstanz, zahlreiche spindel- und sternförmige sich vorfinden; (in schön netzförmiger Anordnung mit und ohne Anastomose cf. Präp. No. 10, No. 15, No. 16—20), da diese Anordnung der Existenz eines Myxoms (nach Virchow) keineswegs entgegentritt.

Allerdings wird die Diagnose getrübt, durch den theilweise festen Character der Geschwulst, deren feste Consistenz, durch die verschiedenen fremden Gewebs Elemente und dadurch, dass die auf Druck von den Schnittflächen entleerte Flüssigkeit nicht fadenziehend war und nicht wie gewöhnlicher Schleim *) aussah.

Im gegebenen Falle, glaube ich, sind wir berechtigt, wie in einem analogen von Prof. Dr. Hüter **) geschilderten, die Entstehung von der interstitiellen Nervensubstanz, dem Perineurium aus, anzunehmen, einem dem normalen Schleimgewebe fast entsprechendem Gewebstheile der peripherischen Nerven. Da die Nervenstämme und Bündel nicht in die Geschwulst hinein verfolgt werden konnten, sondern nachweislich über die vordere Convexität derselben verliefen, kann man hier von den Lagerungsverhältnissen der spindelförmigen Zellen parallel der Längsaxe der Nervenfasern, wie im Hüter'schen Falle nicht

*) Hühnereiweiss nach Virchow.

**) Langenbeck's Archiv. Chirurgisch-anatomische Mittheilungen von Prof. Dr. C. Hüter.

reden; aber der Nerv war unten an der Stelle, wo die Geschwulst aufsass, platt gedrückt, und konnte man ihn nicht lospräpariren; die Geschwulst sass folglich auf dem Perineurium; es verliefen ferner keine Nervenfasern durch die Geschwulst, was sicher der Fall gewesen wäre, wenn dieselbe von den Fasern ausgegangen wäre. Für die Mitleidenschaft des Bindegewebes spricht ferner die von Prof. Dr. Grohe constatirte Lagerung des Nerven in einer schwieligen, festen, dichten Bindegewebsmasse, die jedenfalls auch als Perineurium aufzufassen ist. Schliesslich sei noch bemerkt, dass die Geschwulst selbst kein altes Bindegewebe enthielt.

Aus allen diesen Befunden geht also hervor, dass die Geschwulst aus dem Perineurium stammt, dass sie fernerhin ein Neurom im weiteren Sinne des Wortes, also ein falsches Neurom sei

Die engere estimmung der Geschwulst, die nähere Classificirung dieser Art von Gewebsneubildungen möge mir erlassen werden, da sich eben von so vielerlei Gewebsarten überall Elemente vorfinden; allerdings in überwiegender Anzahl, wie nachgewiesen, das Myxom-Gewebe; aber auch einiges sarcomatöses Gewebe. Ich möchte mich deshalb am allerliebsten der Auffassung des Herrn Prof. Dr. C. Hüter anschliessen, dass wir es im vorliegenden Falle mit einem Myxo-Neurom des nervus ischiadicus zu thun hatten.

Es sei mir zum Schluss gestattet noch einige Mittheilungen über das Befinden des Operirten zu machen. Patient befand sich in den ersten Tagen nach der Operation relativ sehr wohl, er empfand keine Schmerzen,

hatte in der betreffenden Extremität nur das Gefühl von Taubsein und war wegen des geringen Blutverlustes ziemlich bei Kräften. Seine Temperatur war am Tage der Operation Abends 39,6; Tags darauf den 10. Morgens: 40. Abends: 40,4; fiel dann ungefähr 1°; steigerte sich dann vom 13 bis 16. Abends bis zu 40; sank dann wieder einige Tage um 1° oder 0,6 etc.

Temper. vom 18. Morgens 39,2 Abends 40,4.
„ „ 19. „ 39 „ 39,8
„ „ 20. „ 38,8 „ 40,6
„ „ 21. „ 38,8 „ 39,6

Das Verhältniss bleibt ungefähr dasselbe bis zum 28. wo Morgens 38. Abends 38,6
Temper. v. 29. „ „ 38. „ 38,8;
jetzt steigt die Scala wieder um ein Geringes so dass am 30. Morgens 39,4 Abends 39,6
„ 31. „ 39. „ 39,2
„ „ 1. 8. 74. „ 39,2 „ 38,8.

Gleichzeitig mit dem gesteigerten Fieber in den Tagen vom 13. bis zum 16. trat trotz der sorgfältigen, weichen Lagerung Decubitus an der rechten Ferse auf; von der gebildeten Decub. Wunde verbreitete sich bald Lymphangitis und trat eine heftige Phlegmone, über den ganzen Fuss und das untere Drittel des Unterschenkels verbreitet, ein; später noch eine pflegmonöse Anschwellung der Wade. Die grosse Operationswunde selbst ist in sehr guter Heilung begriffen; dieselbe anfangs stark eiternd, ist jetzt weniger suppurativ, sieht sehr frisch und rein aus, und ist nach dem obern Ende zu beinahe schon um ein Drittel verheilt

Patient hat ausserdem noch Beschwerden beim Urinlassen, dieselben waren indessen schon lange Zeit vor der Operation vorhanden.

In den letzten Tagen gesellten sich noch heftige Diarrhön hinzu.

Der Decubitus und die zu befürchtende, vollständige Gangrän des Fusses resp Unterschenkels, dürfte in den physiologischen Verhältnissen eine wohlbegründete Erklärung finden. Es ist uns allerdings die Verbreitung der trophischen und vaso-motorischen Nerven unbekannt, aber keineswegs deren Zusammenhang mit den motorischen und sensibeln Nerven zweifelhaft. Es ist eine physiologische Thatsache, dass nach Durchschneidung der Nerven eine Extremität kühl und dünn wird; ferner dass nach Durchschneidung des Nerv. medlan die obere Extremität kühl und blau wird, in Folge von Störungen im vaso. motorischen System und demnächst in Folge der Ernährungsstörung sehr bald absterben wird; diese Endprocesse konnten ebenfalls voraussichtlich bei unserem Patienten nach Durchschneidung des nerv. ischiadicus erfolgen, und musste diese Störung sich aber zuerst in dem Gebiete geltend machen, welches vom Centrum der Blutbahn am Weitesten entfernt war, in der Fussgegend. Und wirklich trat schon einige Tage nach der Operation, (wie schon oben bemerkt) an der Ferse Decubitus ein und entwickelte sich von der Wunde eine starke Phlegmone, die nur theilweise einer energischen Behandlung mit Pix. liquida und einiger Incisionen zu weichen anfing.

Da das Bein in seiner Function dem Patienten, wegen

der Durchschneidung des nerv. ischiad. nicht viel mehr nutzen, höchstens nur als Stütze dienen kann, und ferner auch der jetzige Zustand des Patienten, wegen der nach dem Decubitus schon eingetretenen Phlegmone lebensgefährlich geworden ist, so dürfte es indicirt erscheinen, (unter allerdings noch abzuwartender Verminderung der Fiebererscheinungen) die Stelze zu opfern und das Leben durch eine Ablatio cruris zu retten.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Hüter und dem Herrn Dr. med. Kühemann für die mir bei Anfertigung dieser Arbeit freundlichst geleistete Unterstützung an dieser Stelle meinen innigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Wilh Hub. Holzschneider, geb. den 7. Sept. 1849, zu Mettmann, Regbez. Düsseldorf, in der Rheinprovinz, ältester Sohn des G. Holzschneider und der Clara geb. Risse, katholischer Confession, erhielt meine erste Ausbildung auf der höhern Bürgerschule meiner Vaterstadt unter dem Rector Herrn M. Marx; besuchte dann 4 Jahre das Gymnasium zu Münstereifel bis zum Herbst 1868. Von dort mit dem Zeugnisse der Reife entlassen, besuchte ich anfangs die Universität zu Bonn, um mich dem Studium der Jurisprudenz zu widmen; sagte demselben jedoch bald Lebewohl und bezog die Universität Greifswald im Herbst 1869, wo ich am 9. Novbr. desselben Jahres von dem zeitigen Rector Herrn Geheimrath Prof. Dr. Pernice imatriculirt und von dem Decane Herrn Prof. Dr. Mosler in das Album der medicinischen Facultät inscribirt wurde. Meine Studien wurden unterbrochen ein Semester lang durch Krankheit und durch den Feldzug von 1870 71; indem ich anfangs auf den Lazareth-Dampfern meiner Heimath, später, bis zu Ende des Krieges, in den verschiedenen Etappen der Evacuationsstationen der Delegation der III. Armee unter Hrn. B. Heinke-Spittelndorf zu Versailles, Crecy s. l. Chapelle, Brie Comte Robert, Moret b. Fontainebleau etc. thätig war. — Ich bestand den 20. Dezbr. 1873 das Tentamen physicum und den 11. Juli 1874 das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich folgende Vorlesungen resp. besuchte ich die Kliniken und Practica folgender Herren:

Prof. Dr. Arndt: Ausgewählte Capitel der forensischen Psychiatrie. Electrotherapie.

Geh. Rath. Prof. Dr. Budge: Präparir-Uebungen an Leichen.

Experimental-Physiologie. Physiologie der Sinnesorgane, Anatomie.

Prof. Dr. v. Feilitzsch: Allgemeine Experimentalphysik, Wärmelehre.

Prof. Dr. Grohe: Allgemeine Pathologie und Theraphie, allgemeine patholog. Anatomie, über die Geschwülste. Specielle pathol. Anatomie. Practischer Cursus der pathol. Anatomie über Fieber und Entzündungen.

Prof. Dr. Hüter: Chirurg. Operationslehre. Chir. Klinik und Poliklinik. Chir. Krankheiten des Halses. Operations-Cursus. Ueber Operationen am Kopfe.

Prof. Dr. Haeckermann: Gerichtliche Medizin. Ueber öffentliche Gesundheitspflege und Medizinal-Polizei.

Dr. Haenisch: Laryngoscopischer Cursus.

Dr. Krabler: Physikalische Diagnostik.

Prof. Dr. Landois: Hystologie und mikroscopische Anatomie mit Demonstrationen und practischen Uebungen. Entwickelungsgeschichte und Zeugungslehre.

Prof. Dr. Limpricht: Anorganische und organische Chemie.

Prof. Dr. Mosler: Specielle Pathologie und Theraphie. Medizinische Klinik und Poliklinik. Ueber Nierenkrankheiten. Physikalische Diagnosis.

Prof. Dr. Münter: Medic. systematische Botanik mit Berücksichtigung der Droguenkunde für Mediciner.

Prof. Dr. v. Norden; Geschichte des 19. Jahrhunderts.

Geh. Rath Prof. Pernice: Theorie der Geburtshülfe. Geburtshülfliche Klinik und Poliklinik. Krankheiten des Uterus.

Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde. Ueber Refractions- und Accomodationsstörungen des Auges. Cursus der Augenoperationen. Ophtalmoscopische Uebungen. Augenklinik.

Prof. Dr. Sommer: Lage der Eingeweide im Menschen.

Prof. Dr. Vogt: Propädeutische Uebungen. Chirurgische ausgewählte Capitel der Zahn- und Ohrenheilkunde.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern meinen aufrichtigen Dank.

Thesen.

I.

Die Myxome der peripherischen Nerven sind als maligne Tumoren zu betrachten.

II.

Bei andauernder, unstillbarer Hyperemesis der Schwangeren ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indicirt.

III.

Das Pindar'sche: „Ἄριστον μὲν ὕδωρ" erhält in der modernen Theraphie die Uebersetzung: Das Wasser ist ein sehr nützliches Medicament